

中文題目：胰臟癌之診治準則

英文題目：Proposal for Pancreatic Cancer Management Algorithm

講座：楊國卿

服務單位：新光吳火獅紀念醫院內科部胃腸肝膽科

胰臟癌是國人重要癌症之一，最近幾年佔國人十大癌症之第十或十一位，且病例有逐年增加之趨勢。由於胰臟位處於後腹腔，癌症初期的症狀不明顯，檢查上也比較困難，很多病患在確定診斷時，已處於較晚期之階段，導致治療效果不佳。近幾年來的影像學診斷有長足的進步，治療方法也逐漸改善，值得我們對胰臟癌的治療準則做一番綜合性的回顧與介紹。最近屬於國家衛生研究院台灣癌症臨床研究合作組織(TCOG)的胰臟癌委員會，曾針對這個議題做了周延的討論，延攬的專家包括消化系內外科、放射診斷科及腫瘤科的人員，除了參考國外的資料外，更考慮到台灣的醫療現況包括人力、財力、醫療設備及健保制度，列出一份胰臟癌的治療準則供國人參考。本文就根據這份準則略作敘述。

要建立正確的治療方針，其先決條件是有正確的診斷，尤其胰臟癌有時不容易與慢性胰臟炎區分，會連帶的影響後續的治療。常用的方法包括超音波掃瞄、螺旋式電腦斷層掃瞄、磁共振影術、血管造影術、內視鏡超音波、內視鏡逆行性胰膽管造影術、正子斷層掃瞄、腹腔鏡檢查、細胞學及組織學檢查、腫瘤標記及分子生物醫學等。非侵入性影像診斷學的進步，能清楚的顯示腫瘤及週邊血管等重要組織的影像，使得侵入性檢查如血管造影術的重要性降低。

以下針對治療相關的幾個重要項目簡述如下：

- 甲、可切除性之判定：在選擇治療方法前，首先要確定腫瘤之可切除性、局部擴散程度及遠處轉移之有無。判定可切除性之標準有數種不同之參考資料，美國 National Comprehensive Cancer Network 之資料非常之詳細。和信治癌中心醫院提出之診療原則較簡要。台灣癌症臨床研究合作組織(TCOG)胰臟癌委員會建議，根據以下數點，評估手術切除可行性的準確度高達 80%：
1. 未有胰臟以外的器官被侵襲或轉移
 2. 無上腸繫靜脈及門脈交會處血管內阻塞
 3. 未有腫瘤侵犯上腸繫動脈或腸腔動脈

4. 無遠處轉移

- 乙、膽道引流之必要性：胰臟頭部癌常造成阻塞性黃疸，甚至導致膽管炎及敗血症。以往的觀念認為術前的膽管引流對所有的病人皆有正面的好處。但是近幾年的資料顯示，有黃疸且有膽管炎症狀及發燒者，術前的暫時性引流對減少併發症有助益，但是沒有膽管炎症狀及發燒者則不需術前引流。至於術後則視腫瘤之情況做暫時性或永久性膽道引流。
- 丙、胃或十二指腸繞道手術之必要性：對於無法切除之腫瘤，在接受姑息性之膽道繞道手術時，應同時進行胃或十二指腸繞道手術，以避免腸胃道阻塞之發生。
- 丁、放射治療/化學治療之角色：截至目前的資料顯示，放射治療/化學治療仍無法取代手術切除所扮演的角色。對於可切除或臨界可切除 (borderline resectable) 的腫瘤，術前進行放射化學治療的好處，在不同的研究中仍有不同的結論，目前無法有確切的答案。但是對於可切除或臨界可切除的腫瘤，術後給與輔助性的放射治療/化學治療，目前的有限資料呈現正面的效果。對於腫瘤無法切除的病患，即所謂無法手術切除的局部晚期胰臟癌 (unresectable locally advanced)，如無遠處轉移，且病患之生活機能尚可，可以給予放射化學治療，如有遠處轉移，則考慮給予化學治療。
- 戊、疼痛之控制：胰臟癌造成的疼痛對病患是一種殘忍的折磨，因此，如何減輕病患的痛苦也是不可輕忽的一環。若病患接受腹腔探索手術時，實施腹腔神經節阻斷手術，可幫助控制胰臟癌誘發之疼痛。